

# Club de Tennis d'Achicourt

## Certificat médical

Dans le cadre des articles 27, 28 et 29 des règlements sportifs de la Fédération Française de Tennis,  
pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport.

**Certificat de moins de 3 mois exigé !**

Saison sportive : 20\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Je soussigné(e) ,Docteur \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné Mlle / Mme/ Mr \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demeurant à \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du tennis et des sports suivants :  
(cocher la case correspondante) \_\_\_\_\_

-  Pratique hors compétition \_\_\_\_\_

-  Pratique y compris en compétition \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CACHET et Signature du Médecin,

A imprimer, remplir de façon manuscrite, et à envoyer à :

Mr Duval Sébastien

Club Tennis Achicourt

5 impasse des Fosseux 62000 Arras

Ou à remettre au trésorier, le jour de l'Assemblée Générale.